



Antrag auf Erteilung einer Bescheinigung gemäß § 19 Abs. 2 Tarifvertrag Ärzte/kommunale Krankenhäuser zur Vorlage beim Arbeitgeber

Titel _____

Vorname _____

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort/-land _____

Dienststelle _____

Medizinstudium

vom _____ bis _____ Diplom ausgestellt am _____

in (Land) _____

ausstellende Universität _____

Deutsche Approbation mit Geltung vom _____

ausstellende Behörde _____

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- 1. Identitätsnachweis
- 2. Abschluss Medizinstudium/Diplom
- 3. Lebenslauf/beruflicher Werdegang
- 4. Zeugnisse über die ärztliche Tätigkeit bzw. Arbeitsbuch

Soweit die unter Nr. 1 bis 4 genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie *zusätzlich in amtlich beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen für Deutschland öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurde.*

Sämtliche Unterlagen sind als amtlich beglaubigte Kopien oder Originale einzureichen.

Hinweise:

Eine Antragsbearbeitung erfolgt erst nach Erteilung einer deutschen Approbation.

Für die Erteilung einer Bescheinigung zur tariflichen Einstufung gemäß § 19 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA ist eine Gebühr in Höhe von 25,00 EUR gemäß der Verwaltungsgebührenordnung der Landesärztekammer Brandenburg zu entrichten. Hierfür ergeht ein gesonderter Gebührenbescheid.

Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf tarifliche Einstufung gemäß § 19 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA gestellt habe.

_____, _____

Ort

Datum

Unterschrift



**Antrag auf Erteilung einer Bescheinigung gemäß § 19 Abs. 2 Tarifvertrag
Ärzte/kommunale Krankenhäuser zur Vorlage beim Arbeitgeber**

Vorname _____ Name _____ geb. am _____

nur für Landesärztekammer:

Nr. 1	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____		
Nr. 2	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____		
Nr. 3	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____		
Nr. 4	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____		
Nr. 5	Zeitraum	vom _____	bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____		

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____